FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 379

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LE GUAY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 2 Mars 1901, au Molay, par Littry (Calvados)

QUELQUES COMPLICATIONS

de la

VULVO-VAGINITE GONOCOCCIQUE

des petites filles

(A propos d'une observation de septicémie gonococcique avec endocardite et méningite)

Président : M. le Professeur LEMIERRE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Arr.)

1930

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — **THÈSE** — N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LE GUAY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 2 Mars 1901, au Molay, par Littry (Calvados)

QUELQUES COMPLICATIONS de la VULVO-VAGINITE GONOCOCCIQUE des petites filles

(A propos d'une observation de septicémie gonococcique avec endocardite et méningite)

Président : M. le Professeur LEMIERRE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Arr.)

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LŒPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT BEZANÇON ACHARD MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CADENAT....	Pathologie chirurgicale
		CATHALA....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHEVALIER..	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	DE GAUDAR D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
BLANCHETIERE	Chimie biologique.		
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale	DOGNON.....	Physique.
BRULE.....	Pathologie médicale.	DONZELOT...	Pathologie médicale.

MM.		MM.	
ÉCALLE.....	Obstétrique.	MOREAU.....	Pathologie médicale.
FEY.....	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
GARNIER.....	Pathologie expérimentale	MOURE.....	Pathologie chirurgicale
GASTINEL....	Bactériologie.	MULON.....	Histologie.
GATELLIER..	Pathologie chirurgicale.	OBERLING...	Anatomie pathologique
GIROUD.....	Histologie.	OLIVIER.....	Anatomie.
HARVIER.....	Pathologie médicale	PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
HOVELACQUE	Anatomie.	PORTES.....	Ostétrique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale
JOANNON....	Hygiène.	RICHET, Fils	Physiologie.
LABBE Henri	Chimie biologique.	SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
LAROCHE....	Parasitologie.	VALLERY-RADOT	
LEMAITRE...	Oto-rhino-laryngologie	(Pasteur)....	Pathologie médicale.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.	VAUDESCAL..	Obstétrique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.	VELTER.....	Ophtalmologie.
LIAN.....	Pathologie médicale.	VERNE.....	Histologie.
MERCIER (F).	Pharmacologie.	VIGNES.....	Obstétrique.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET....	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
DEMELIN....	Obstétrique.	ZIMMERN....	Physique.
GUENIOT.....	Obstétrique.		
LEQUEUX....	Obstétrique.		

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE....	Clinique chirurgicale.	LE LORIER..	Clinique obstétricale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LERI.....	Clinique médicale.
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL		PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE..... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/quelquescomplica0030jean

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Dont la vie toute de bonté, de dévouement, demeure pour moi le plus bel exemple.

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON PERE

En gage de ma filiale affection.

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

En remerciement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Qui a bien voulu nous fournir les éléments de cette thèse et nous guider de ses bienveillants conseils.

Témoignage respectueux de notre profonde reconnaissance, pour son précieux enseignement pendant notre séjour dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages (Caen)

Monsieur le Docteur GUIBE.

Monsieur le Docteur VIGOT.

Stages (Paris)

Monsieur le Docteur LAUBRY.

Monsieur le Professeur MARFAN.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Docteur LORTAT-JACOB.

Monsieur le Professeur LE LORIER.

Externat

Monsieur le Docteur O. WIART.

Monsieur le Docteur L. CAPETTE.

Monsieur le Docteur H. GRENET.

Monsieur le Docteur P.-A. CARRIE.

INTRODUCTION

La vulvo-vaginite gonococcique des petites filles est d'ordinaire une affection bénigne, dont la guérison s'obtient par quelques semaines de traitement. Elle peut cependant traîner désespérément pendant des mois, parfois même malgré un traitement régulier.

C'est dans ces formes de vulvo-vaginite traînante ou à rechutes que l'on verra surgir des complications. A fortiori on les rencontrera chez les enfants dont la vulvite n'aura pas été soignée, les mères n'y portant pas toujours attention.

Les complications de la vulvo-vaginite gonococcique sont rares. Elles méritent qu'on s'y arrête car elles présentent un intérêt de diagnostic très grand. Certaines d'entre elles prennent des formes qui rappellent de très loin l'infection primitive. Aussi est-ce surtout depuis l'ère bactériologique que l'on a appris à les rattacher à leur cause.

Ces complications sont de deux ordres : les unes, locales, traduisent la propagation de l'infection, par voie

de contiguité aux organes voisins ; les autres, générales et à distance, proviennent de la dissémination du germe dans le sang, réalisant une bactériémie ou une septicémie.

Nous nous proposons de passer en revue quelques-unes de ces complications. Nous insisterons plus spécialement sur la septicémie gonococcique. Une observation de notre maître M. le Docteur Grenet nous a permis de suivre de près l'évolution de cette affection. Elle nous donnera l'occasion de rappeler les traits essentiels de la septicémie à gonocoque, et d'exposer des particularités qui échappent à la description commune.

CHAPITRE PREMIER

Complications Locales

Localement la vulvo-vaginite peut donner lieu à des affections banales telles que l'urétrite, la blennorragie ano-rectale ou la bartholinite. Elles ne retiendront pas notre attention, pas plus que l'ophtalmie purulente due, on le sait, au transport accidentel du pus dans les yeux.

La cystite et surtout la péritonite sont d'un tout autre intérêt.

CYSTITE

La cystite n'a pas toujours été admise comme un accident de la vulvo-vaginite. Baginski, de Saint-Germain, la considéraient comme infiniment rare. Cohen-Brack, sur vingt-et-un cas de vulvo-vaginite, ne note le catarrhe de la vessie qu'une seule fois. En définitive, il semble bien que la cystite gonococcique soit exceptionnelle ; ce que l'on observe c'est une cystite à colibacille. Comment expliquer ce fait ? D'après Hutinel, la vulvo-vaginite chronique crée un terrain favorable pour la pullulation et la

propagation des colibacilles, et constitue de cette façon une cause occasionnelle de cette cystite.

D'où vient le colibacille ? Hutinel pense qu'il faut incriminer chez l'enfant la rectite concomittante. Les rapports anatomiques entre les organes du petit bassin sont tels que l'inflammation du rectum détermine forcément une congestion de la vessie. Le ténesme rectal n'est pas sans modifier le fonctionnement du réservoir urinaire. La stagnation de l'urine dans une vessie déjà congestionnée donne au microbe qui s'y trouve des conditions favorables à sa pullulation.

La symptomatologie est celle des cystites colibacillaires. Brusquement la petite malade est prise de frissonnements et de fièvre ; le matin la malade a 38°, le soir 40° et quelques dixièmes, le lendemain matin 38°. Cette fièvre, comme le fait remarquer Hutinel « est essentiellement « rémittente, elle se rallume de temps en temps ; en rap- « port probablement avec des poussées successives de cys- « tite, elle dépend aussi de l'infection intestinale dont la « marche est généralement irrégulière. Elle s'éteint du « reste assez rapidement et la cystite évolue ensuite d'une « façon apyrétique. »

La malade a des besoins fréquents d'uriner, elle souffre pendant la miction, rarement elle a de l'hématurie.

Le pronostic de cette complication est, en général, bénin et sous l'influence du régime et d'un traitement local approprié on voit les accidents s'apaiser, et bientôt disparaître. L'intérêt de la cystite dans la vulvo vaginite gonococcique vient donc plus de sa pathogénie que de sa gravité.

PERITONITE

La péritonite se distingue au contraire des autres manifestations locales par une symptomatologie qui dès le début en impose pour une affection redoutable. On a le tableau dramatique d'une péritonite par perforation avec début violent, soudain, sans prodromes. Comby, qui a publié 8 observations de péritonite à gonocoque, en donne la description suivante : « Tout à coup l'enfant accuse « une vive douleur dans le ventre, puis elle vomit. On « croit à une indigestion d'autant plus que les vomisse- « ments, d'abord alimentaires, ne deviennent billieux « que par la suite. Le ventre est sensible dans toute son « étendue spontanément et à la pression. Il n'y a pas de « douleurs localisées, pas de point de Mac Burney. Dans « quelques cas, les douleurs sont modérées et éphémères ; « dans d'autres cas elles sont excessives et durables. On « ne peut effleurer la paroi abdominale sans provoquer « des cris et des gémissements. C'est alors que l'enfant « cherche à immobiliser instinctivement ses membres et « à relâcher sa sangle musculaire, en se tenant dans le « décubitus dorsal, les membres fléchis sur les cuisses, « les cuisses fléchies sur le bassin. »

Comby attire l'attention sur certains caractères qui aideront à reconnaître la nature de cette péritonite. C'est l'aspect du ventre tout de suite ballonné et tympanique sans zône mate ou obscure à la percussion, la température, qui subit une ascension plus ou moins marquée tandis que le pouls s'élève rapidement à 145, 160 et bat faiblement. Mais surtout on est frappé par le contraste de

la fièvre et l'état de cyanose et d'algidité des membres. Les mains, les pieds, le nez, les oreilles peuvent être bleus, cyanosés, froids. Dans les cas graves, on constate en outre le faciès abdominal ; nez effilé, yeux excavés, faciès grippé. Dans les formes moyennes ce faciès manque.

Malgré la gravité des symptômes initiaux, la péritonite gonococcique évolue le plus souvent vers la guérison spontanée. Dans les 8 observations publiées par Comby, il n'y a aucun cas mortel. Cependant, certains auteurs, entre autres Huber, de Lowen, Baginski ont publié des cas de péritonite aiguë mortelle.

Formes cliniques :

Il existe plusieurs formes cliniques de péritonite à gonocoques. A côté des péritonites généralisées que nous venons de décrire et qui sont les plus fréquentes, il faut citer les péritonites localisées (région sous-ombilicale, bassin) ou pelvi-péritonites. En outre on pourrait distinguer des formes subaiguës et chroniques susceptibles de laisser des adhérences péritonéales ou de salpingites qui peuvent se prolonger jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte (Marx).

Formes localisées :

Marfan a rapporté une observation de péritonite limitée au territoire pelvien « de pelvi-péritonite ».

Il s'agit d'une fillette de 9 ans conduite à l'hôpital pour pertes de vulvo-vaginite. Bientôt elle se plaint du ventre qui est douloureux à la pression ; la température monte à 38°6. Dans la nuit elle est prise de vomissements verdâtres. Le faciès est grippé ; le ventre n'est pas très gros mais il est tendu et douloureux dans toute la région sous-

ombilicale. Le pouls est rapide et petit. Après traitement par la glace sur le ventre, lait glacé, élixir parégorique, l'état s'améliore, le ventre est un peu distendu et l'exploration ne permet de constater ni empâtement ni ascite. Le mieux s'accentue et peu à peu tous les troubles s'effacent.

En résumé nous avons là une péritonite aiguë légère surtout sous-ombilicale avec guérison rapide.

Formes subaiguës et chroniques :

Dans un dernier groupe nous trouvons les cas de pelvi-péritonite adhésive subaiguë ou chronique, observés à l'autopsie des jeunes filles vierges. Sanger a montré que ces lésions relevaient sans doute de la vulvite gonococcique des petites filles. Celle-ci peut se compliquer de péritonite sans que les médecins soient consultés, les enfants n'éprouvant aucune douleur, aucun trouble abdominal.

On a discuté sur la pathogénie de la péritonite à gonocoque : on a voulu expliquer la progression du gonocoque dans la séreuse péritonéale par l'intermédiaire des lymphatiques. Il n'en est rien, très vraisemblablement ; les lymphatiques de la vulve n'ont pas de relation avec les régions profondes. Il s'agit bien d'une infection génitale ascendante par le vagin, l'utérus et les trompes. La rareté de la salpingite, de l'ovarite isolées viennent à l'appui de cette opinion. Celles-ci en effet se compliquent d'ordinaire de péritonite et leur histoire se confond avec cette affection.

Une réserve cependant s'impose. Marx affirme qu'en pratiquant le toucher rectal des fillettes atteintes de vulvo-vaginite, on constate souvent de l'empâtement dans les culs-de-sac latéraux, et il croit avoir été en présence

de salpingites avec ovarites consécutives. Ce qui rendrait cette interprétation plausible, c'est que dans les autopsies des fillettes on trouve parfois du pus enkysté dans les trompes.

CHAPITRE II

Complications à distance

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Les complications à distance de la vulvo-vaginite à gonocoque sont en tout première ligne les manifestations articulaires. Elles ressemblent à peu de chose près à celles du rhumatisme blennorragique de l'adulte. Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre ici l'étude du rhumatisme blennorragique ; elle dépasserait le cadre de ce travail. Nous nous bornerons à en rappeler les caractères généraux et les différentes formes.

Le rhumatisme blennorragique intéresse d'ordinaire un assez petit nombre d'articulations : s'il y a des arthralgies multiples au début, elles se fixent bientôt sur deux ou trois articulations. Ce caractère s'oppose nettement à la mobilité des phénomènes articulaires dans le rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs et les signes objectifs ne se limitent pas strictement à l'articulation ; ils se manifestent à distance le long des gaînes tendineuses à proximité de l'articulation. Enfin, dans son évolution, le rhu-

matisme blennorragique a tendance à se terminer par une arthrite plastique, fibreuse, ankylosante.

Il existe plusieurs formes de rhumatisme gonococcique. Nous suivrons la description qu'en donne notre maître M. le Docteur Grenet dans le Traité de Pathologie Médicale de Sergent.

On peut distinguer :

Une forme arthralgique caractérisée par des douleurs articulaires multiples sans phénomènes généraux. C'est la manifestation la plus atténuée et la plus bénigne du rhumatisme.

Une forme hydropique ou hydarthose blennorragique, dont le siège est d'ordinaire le genou. Il se développe rapidement un épanchement séreux qui donne au genou un aspect globuleux. Tout évolue sans signes généraux appréciables et la guérison survient avec atrophie musculaire considérable et raideurs musculaires rendant la marche difficile.

Une forme polyarthrite blennorragique, simulant à s'y méprendre le rhumatisme articulaire aigu. Nous avons insisté déjà sur ses caractères : atténuation des douleurs, leur fixité, les manifestations périarticulaires et surtout la prédilection pour les petites articulations.

Une forme monoarthrite plastique, ankylosante qui peut survenir à la suite de l'une des deux formes précédentes. L'hydarthrose blennorragique ou la polyarthrite, qui s'est fixée sur une seule articulation aboutit parfois à une ankylose totale ou partielle. Cette forme se rencontre aussi d'emblée. Elle se présente avec un aspect pseudo-phlegmoneux, des douleurs vives au niveau de

l'articulation atteinte un œdème considérable sans adhénopathie dans le territoire lymphatique correspondant. La douleur et l'œdème disparaissent, laissant place à une ankylose plus ou moins complète.

Une forme arthrite purulente dont l'existence serait assez rare.

Une forme polyarthrite déformante chronique tout à fait comparable au rhumatisme chronique déformant.

Le rhumatisme blennorragique, malgré son polymorphisme, pourra être reconnu grâce à ces caractères que nous avons énumérés rapidement. La notion de vulvo-vaginite récente ou ancienne apportera la preuve, la signature de l'étiologie gonococcique.

Cependant le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant et le rhumatisme blennorragique ont des points communs qui rendent la distinction parfois délicate. L'un et l'autre touchent les petites articulations. Le nombre des articulations touchées dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant peut être très restreint: une seule parfois, telle que l'épaule ou la sterno-claviculaire. Le caractère mono ou oligo-articulaire qui différenciait chez l'adulte le rhumatisme blennorragique du rhumatisme articulaire aigu perd donc ici une partie de sa valeur.

En outre les douleurs du rhumatisme articulaire aigu peuvent être tellement atténuées qu'elles ressemblent aux arthralgies fugaces et légères du rhumatisme blennorragique.

Pour se fixer à distance, le gonocoque a dû pénétrer dans la circulation et déterminer une infection généralisée. Ce passage du microbe dans le sang a été transi-

toire et éphémère. Il a permis néanmoins au gonocoque de s'arrêter à une ou plusieurs articulations. Il s'agit d'une bactériémie. Au contraire dans la septicémie, que nous étudierons maintenant, le microbe existe dans le sang d'une façon durable, il s'y reproduit comme dans un milieu de culture, créant des lésions profondes, des métastases au niveau des organes où il pullule.

CHAPITRE III

Septicémie Gonococcique
et ses Localisations secondaires

La septicémie gonococcique complique assez rarement la vulvo-vaginite des petites filles. Marfan et Debré, dans la séance de la Société Médicale des Hôpitaux du 3 juin 1910, en ont rapporté un cas chez une fillette de dix ans et demi. Les observations de septicémie à gonocoque de Faure-Beaulieu, de A. Lemière, de Goy, de Fortin et Poussin, d'Achard et Mouzon, ont trait d'ordinaire à des sujets adultes, en raison sans doute de la fréquence plus grande de la gonococcie chez l'homme ou chez la femme.

Notre maître, M. le Docteur Grenet, a bien voulu nous confier une observation récente de septicémie gonococcique chez une fillette de 9 ans, soignée dans son service de l'Hôpital Bretonneau. Cette observation a été communiquée à la Société de Pédiatrie le 20 Mai 1930 par M. H. Grenet (en collaboration avec Mlles Laurent et de Pfeffeld et M. R. Levent). Nous la rapporterons d'abord et nous insisterons sur les particularités qui donnent à cette

observation un caractère assez exceptionnel. Ce sera pour nous une occasion de reprendre l'étude d'ensemble de la septicémie gonococcique.

Notre exposé comprendra en premier lieu l'histoire détaillée de la maladie et les différents examens qui ont permis de poser d'une façon ferme le diagnostic de septicémie gonococcique avec localisations diverses.

Dans un deuxième chapitre nous étudierons comment se comporte en général la septicémie à gonocoque. A cet effet nous serons amenés à décrire les différentes formes de septicémie gonococcique.

Enfin, dans une dernière partie nous passerons en revue les principales complications ou métastases de la gonococcémie, insistant sur la méningite dont l'existence a été souvent discutée.

OBSERVATION

G..., Suzanne âgée de 9 ans, entre à l'hôpital Bretonneau le 9 novembre 1929. Elle présente, dit le médecin qui nous l'adresse, une céphalée persistante, de la somnolence, de la tristesse, et a eu des vomissements, tous signes qui feraient penser à une méningite débutante. Lorsque nous l'examinons, nous ne retrouvons aucun de ces symptômes. L'enfant est pâle, mais elle ne souffre pas, répond correctement ; elle n'a pas d'irrégularités du pouls ni de la respiration ; elle ne présente ni signe de Kernig, ni raideur de la nuque, ni troubles vasomoteurs, ni troubles oculaires. L'examen du poumon, du cœur, et de l'abdomen est négatif ; la rate n'est pas grosse. La température est de 37°. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Mais nous constatons l'existence d'une *vulvite intense*, pour laquelle on fait des injections de permanganate.

Pendant trois jours l'état est stationnaire ; la température oscille de 37° à 37°5 ; la vulvite retient seule l'attention.

Le 12 novembre la malade se plaint de douleurs dans les mollets ; il semble qu'il s'agisse de myalgies ; les articulations sont indemnes.

Un examen de pus vulvaire, par frottis, montre de nombreux microorganismes ; il n'y a pas de gonocoques caractérisés, mais il est à noter que la sœur de la malade, Simone, a été elle aussi hospitalisée en même temps pour une vulvite, qui s'est montrée riche en gonocoques.

Le 14 novembre, la température s'élève à 38°2. Les bruits du cœur sont sourds et irréguliers ; la tension artérielle est de 9 - 6,5 (Vaquez-Laubry). Le foie est légèrement augmenté de volume. On fait une application de glace sur la région précordiale.

Le 15 novembre l'état s'aggrave brusquement ; pâleur extrême, collapsus ; vomissements ; pouls rapide. Le cœur paraît augmenté de volume ; pointe abaissée et déviée en dehors ; matité débordant le bord droit du sternum ; les bruits sont assourdis (surtout le premier bruit, presque disparu au foyer aortique) ; on n'entend ni souffle, ni frottement. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. L'haleine exhale une odeur extrêmement fétide. Sous l'influence de l'ouabaïne intra-veineuse et des injections d'huile camphrée, une amélioration s'ébauche rapidement. La température atteint, dans la soirée, 39°2. Une hémoculture est faite, et se montre négative.

Le 16 novembre l'enfant se trouve beaucoup mieux ; elle est moins pâle, ne se plaint plus de douleurs musculaires ; les bruits du cœur sont mieux frappés ; le foie a diminué de volume. Tension artérielle : 9,5-6. Un examen radioscopique montre une image cardiaque normale, sans apparence de péricardite. La fièvre s'abaisse, et oscille de 37° à 38°.

Un examen du sang donne les résultats suivants :

Hématies : 3965000 par mmc.
Leucocytes : 7200.
Valeur globulaire 60 pour 100.

Formule hémo-leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles — 55 p. 100.
Polynucléaires eosinophiles — 4 p. 100.
Polynucléaires basophiles — 1 p. 100.
Grands et moyens mononucléaires — 7 p. 100.
Lymphocytes — 24 p. 100.
Eosinophiles — 1 p. 100.
Formes de transition — 8 p. 100.

Le 18 novembre, le cœur est régulier et seulement un peu sourd ; le foie déborde légèrement les fausses côtes. On constate une éruption d'herpès sur l'aile gauche du nez et à la commissure labiale du même côté. La température est de 39° le matin, et retombe à 37° le soir.

Un nouvel examen de pus vulvaire demeure encore négatif (absence de gonocoques).

Le 19 novembre, la malade se plaint de céphalée frontale. Les

deux bruits du cœur sont assourdis ; on perçoit dans le deuxième espace gauche un léger souffle systolique qui disparaît en position assise. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. La température atteint 39°2 le matin et baisse à 37° le soir.

Le 20 novembre les bruits du cœur sont mieux frappés ; le premier bruit semble un peu prolongé. L'haleine est fétide. L'état général est meilleur. Température 37°2 le matin ; 37°6 le soir.

Le 21 novembre, la céphalée et les myalgies ont disparu. Le premier bruit du cœur est assourdi, presque disparu à la pointe et à la base ; le deuxième bruit est un peu claqué au foyer aortique ; le foie déborde les fausses côtes de 4 travers de doigt ; il n'est pas douloureux. Température 37° le matin, 38° 3 le soir.

L'examen du pus vulvaire décèle cette fois de nombreux gonocoques.

Le 22 novembre état stationnaire ; les bruits du cœur paraissent mieux frappés ; souffle méso-systolique de la région mésocardiaque, disparaissant en position assise. Température 38°3 le matin, 38° le soir.

Le 23 novembre, nouvelle aggravation : pâleur extrême, myalgies, céphalée, douleurs rachidiennes. Assourdissement du premier bruit du cœur, claquement du deuxième bruit aortique ; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt ; légère raideur de la nuque. L'auscultation des poumons est normale. Température 39°7 le matin ; 38°6 le soir.

Une hémoculture faite ce jour demeure stérile (bouillon simple et bouillon ascite).

Le 25 novembre la raideur de la nuque persiste. Température 38°6 le soir, 37°5 le matin.

Le 26 novembre, raideur de la nuque, signe de Kernig ; constipation très marquée ; cœur mieux frappé ; les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Une ponction lombaire donne issue à un liquide opalescent (voir plus loin les résultats). Température 38°7 le matin, 37°2 le soir.

Le 27 novembre nuque raide, hyperesthésie généralisée prédominant à l'abdomen ; bruits du cœur assourdis à la base. Température 38°6 le matin, 38°1 le soir.

Le 28 novembre, somnolence et indifférence profonde, hyperesthésie, raideur de la nuque très accentuée, signe de Kernig. Premier bruit du

cœur assourdi à la base. Diarrhée abondante. Pas de vomissements. Température 36°8 le matin, 37°1 le soir. Une nouvelle ponction lombaire donne issue à un liquide purulent.

Le 29 novembre, raideur de la nuque, raideur du tronc, rachialgie, raideur des membres inférieurs, hyperesthésie, céphalée, prostration profonde, tremblement généralisé qui s'accentue au moment de la prise de sang pour l'hémoculture. Celle-ci est faite à 15 heures, treize heures avant la mort. Le cœur est mieux frappé, la température est de 37°1.

Des mouvements chloro-athétosiques apparaissent dans le membre supérieur droit ; stupeur intense. La température remonte à 38°2.

Le soir crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne (convulsions de la face à droite, des membres supérieurs et inférieurs gauches ; pas de morsure de la langue ; pas d'émission d'urine ; pas de signe de Babinski ni de trouble des réflexes) Après une phase de torpeur, le tremblement reprend avec mouvements choréo-athetosiques des membres supérieurs.

La mort survient le 30 novembre à 4 heures du matin avec des symptômes de paralysie diaphragmatique et respiration difficile, de type costal, par contraction des muscles scalènes.

Pendant toute la durée de la maladie, le traitement a consisté en tonicardiaques, salycilate de soude, vaccin antigonococcique.

Les examens bactériologiques ont donné les résultats suivants :

PUS VULVAIRE. — Comme nous l'avons signalé, l'examen du pus vulvaire n'a permis de mettre le gonocoque en évidence que le 21 novembre, douze jours après l'admission de la malade. On peut admettre qu'il était tout d'abord masqué par la flore associée. Nous rappelons d'ailleurs que la sœur de cette enfant était reçue, en même temps qu'elle, pour une vulvite dont la nature gonococcique était reconnue dès le premier jour.

HEMOCULTURES. — Les deux premières hémocultures (15 et 23 novembre) faites sur bouillon ascite, bouillon simple, et bouillon sous huile, sont demeurées stériles.

La troisième hémoculture, pratiquée en bouillon simple quelques

heures avant la mort, le 29 novembre, a permis d'isoler un diplocoque à Gram négatif (culture peu abondante).

PONCTIONS LOMBAIRES. — Première ponction lombaire, 26 novembre : liquide opalescent ; polynucléaires peu altérés ; pas de microorganismes visibles à l'examen direct. Ensemencements négatifs sur gélose ascite et gélose sang.

Deuxième ponction lombaire, 28 novembre. Liquide purulent. Pas de microorganisme à l'examen direct. Les ensemencements sont faits sur gélose-ascite, gélose-sang chauffé, bouillon ascite, et, sur le conseil de MM. Legroux et Gory sur bouillon-extrait testiculaire. Le 30 novembre, apparition de quelques colonies discrètes, grisâtres, translucides, bien limitées, dans un des tubes de gélose Veillon ascitée, à environ un demi cm de la surface libre. Quelques flocons au fond du ballon de bouillon-extrait testiculaire.

Les prélèvements montrent dans l'un et l'autre tube, à l'état de pureté, un diplocoque à Gram négatif.

En bouillon en gélose ascite, la culture n'apparaît que le premier décembre. Sur gélose-sang chauffé, la culture est encore plus tardive.

On conserve et on entretient à l'état de pureté le germe isolé de la troisième hémoculture et de la deuxième ponction lombaire. Les meilleures cultures sont obtenues par repiquage sur gélose et bouillon extrait testiculaire, et surtout sur gélose Veillon ascitée. Au troisième repiquage, on acclimate le germe sur milieux non ascités. La vitalité devient de plus en plus grande ; on fait avec succès des piquages après 15 jours, trois semaines, et même 25 jours.

Le germe a été étudié comparativement avec diverses souches de méningocoque dans ses réactions fermentatives sur les sucres et au point de vue de son agglutination.

Les réactions sur les sucres (saccharoses, lévulose, mannite, lactose, maltose, glucose) ont donné, outre une fermentation du glucose, une légère fermentation du maltose (très inférieure à celle obtenue avec un méningocoque précédemment identifié).

L'agglutination par les sérums expérimentaux anti-méningococciques a été *nulle* à tous les taux habituels (1/25, 1/50, 1/100, 1/200) et même 1/10.

AUTOPSIE. — (30 heures après la mort).

Encéphale — Convexité du cerveau congestionnée. A la base, nappe de pus épais, occupant l'hexagone, s'étendant à la face inférieure du cervelet. Trainées moins épaisses le long de la scissure de Sylvius des deux côtés. Ventricules dilatés. Congestion de la substance grise et de la substance blanche du cerveau et du cervelet. Pus et liquide louche filant par le canal rachidien.

Cœur. — Végétations nombreuses sur le bord libre de la mitrale, grande et petites valves, à l'insertion des cordages tendineux. Végétations nombreuses sur la tricuspide (même aspect que sur la mitrale). Orifices pulmonaire et aortique microscopiquement normaux.

Foie. — 650 grammes, rouge et congestionné.

Rate. — 90 grammes, sans caractères particuliers.

Surrénales. — D'aspect normal.

Poumons . — Poumon gauche : petit infarctus à la base.

Poumon droit : congestion à la base. Pas d'adhérences pleurales, pas de liquide.

Vagin. — Muqueuse rouge.

Utérus . — Col très rouge ; muqueuse du corps d'aspect normal.

Trompes et ovaires . — Pas de pus ; aspect normal.

Les frottis faits avec le pus prélevé sur les méninges, et ceux faits avec les végétations du bord libre de la grande valve mitrale n'ont pas montré de gonocoques caractérisés .

EXAMENS HISTOLOGIQUES

Valvule mitrale : Valve œdématiée avec une surface un peu moins régulière que normalement. Œdème entre les faisceaux musculaires du myocarde, avec légère infiltration inflammatoire. En quelques points de l'endocarde, infiltration de petites cellules rondes. Dans les zônes sous-endocardique et sous-péricardique, l'infiltration du myocarde est plus intense. Certaines portions du myocarde sont en dégénérescence vacuolaire.

Poumons : liquide d'exsudation remplissant plus ou moins complètement les alvéoles. Bronches méconnaissables, ayant perdu leur

épithélium. Vaisseaux remplis de sang. Infiltration inflammatoire autour des vaisseaux sanguins.

Foie : congestion généralisée. Œdème marqué de la capsule de Glisson. Abondante infiltration leucocytaire au niveau des espaces Porte.

Utérus et vagin : Au niveau du dôme vaginal et du col utérin, grosse congestion et desquamation de la muqueuse. Pas d'infiltration inflammatoire caractérisée.

Trompes : Rien d'autre qu'une congestion marquée des plexus utéro-ovariens. L'épithélium salpingien, très bien conservé, est normal. Aucun signe d'inflammation interstitielle.

COLORATIONS MICROBIENNES

Les colorations ordinaires des coupes (hématéine-éosine, et Van Gieson) ont montré, en certains points des préparations du myocarde et des poumons de petits amas de microbes, ayant l'aspect morphologique des diplocoques.

Les colorations au bleu de méthylène ont permis de voir, sur certaines lames du foie, quelques diplocoques dont plusieurs paraissent munis d'une capsule. Même aspect avec les colorations à la thionine.

La méthode de Gram montre que ces microbes sont Gram-négatifs.

En résumé, chez une fillette de 9 ans atteinte de vulvite, on a constaté avant l'entrée à l'hôpital, quelques symptômes faisant penser à l'invasion d'une méningite tuberculeuse. Ces signes ne sont pas retrouvés par nous et toute idée de tuberculose peut être écartée.

Après quelques jours pendant lesquels l'on ne note que des myalgies assez vagues, éclatent brusquement des phénomènes de défaillance cardiaque. La persistance de ces symptômes, l'assourdissement constant des bruits du cœur nous fait porter le diagnostic d'endocardite aiguë. Puis apparition d'une méningite aiguë, prouvée par la ponction lombaire, et mort.

La marche de la température est assez irrégulière. D'une manière générale, la fièvre s'est maintenue entre 37°5 et 38°5, n'atteignant ou ne dépassant 39° qu'à d'assez rares intervalles. Elle a toujours revêtu un type inverse (plus élevée le matin que le soir).

L'existence d'une vulvite nous a fait soupçonner une infection go-

nococcique. Celle-ci n'a pu être prouvée qu'assez tardivement, par les ensemencements du sang et du liquide céphalo-rachidien.

L'autopsie a montré la vaginite et la métrite du col, avec intégrité des trompes et des ovaires, l'hépatite, la congestion pulmonaire inflammatoire, l'endocardite et la myocardite, et la méningite purulente. Les colorations microbiennes des coupes ont permis de retrouver sur quelques lames (cœur, poumon, foie) des diplocoques Gram-négatifs.

L'observation que nous venons de reproduire nous autorise à porter le diagnostic de septicémie à gonocoque.

Nous y retrouvons la porte d'entrée qui est ici la vulvite. Sans doute les différents prélèvements de pus sur la vulve n'ont donné que tardivement un résultat positif. Mais il n'y a là rien de surprenant. La flore microbienne est parfois si riche que l'identification du gonocoque demeure souvent impossible. La présence du microbe, chez la sœur âgée de 4 ans qui entrait le même jour à Bretonneau pour vulvite, apportait dès le premier jour une présomption dont la valeur équivalait déjà presque à une certitude. Les lésions sérieuses que l'examen histologique a montrées dans la congestion du dôme vaginal et du col utérin, avec desquamation de la muqueuse prouvent donc qu'il y a eu lésion locale importante avant l'apparition de la gonococcémie.

Si le gonocoque a pu être mis en évidence dans le pus vulvaire, on l'a trouvé également dans le sang : c'est là le caractère essentiel de la septicémie. Le microbe existe dans le sang de notre malade. Les deux premières hémo-

culture n'ont rien donné, mais sur la troisième le microbe a poussé. Il semblerait qu'il se produise, au cours de la septicémie à gonocoque, de véritables décharges microbiennes dont la traduction clinique s'exprimerait par le frisson et l'ascension de la température. L'hémoculture peut ne donner de résultat positif que si elle coïncide avec une telle décharge. Il convient aussi de tenir compte des milieux employés pour l'ensemencement.

Il nous semble utile d'insister sur les caractères qui permettent d'affirmer que le microbe isolé dans notre cas est réellement un gonocoque : culture se faisant bien, surtout sur les milieux ascités et sur les milieux à l'extrait testiculaires ; caractères morphologiques et tinctoriaux ; et recherches des réactions fermentatives et de l'agglutination.

La culture sur milieux sucrés a montré une fermentation régulière du glucose, et aussi une fermentation de maltose, ce qui n'est pas, en théorie, le propre du gonocoque. Mais outre que cette fermentation du maltose a été faible, bien plus légère que celle obtenue avec différents méningocoques, on peut admettre avec Derbré et Paraf que le gonocoque produit parfois une telle fermentation. Nous ajouterons qu'il n'y a eu aucune action du germe isolé sur les autres sucres (saccharose, lévulose, mannite, lactose).

La recherche de l'agglutination a été complètement négative à tous les taux, avec les sérums anti-méningococciques, alors que l'action agglutinante de ces sérums était vérifiée sur différentes souches de méningocoque.

En définitive c'est bien un gonocoque qui a été isolé

pendant la vie, dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Il s'agit donc d'une septicémie gonococcique, avec localisations diverses, comme l'a prouvé l'histoire même de la maladie. Dès le début nous voyons se manifester des signes d'endocardite aiguë qui se préciseront dans l'évolution par l'atteinte de la valvule mitrale. Le myocarde lui-même est touché ainsi que le démontrent d'une part les phénomènes de défaillance cardiaque et d'autre part les examens histologiques pratiqués par la suite.

Le foie et le poumon ont participé à l'infection : on a trouvé des lésions inflammatoires à leur niveau.

Enfin, ce qui est tout à fait exceptionnel, dans la septicémie à gonocoque, on a observé une méningite aiguë. Nous reviendrons sur cette particularité quand nous jetterons un coup d'œil d'ensemble sur les localisations habituelles de la gonococcémie.

CHAPITRE IV

Etude d'ensemble de la Septicémie à gonocoque

La septicémie à gonocoque ne se présente pas en clinique sous un aspect toujours identique. Alors que, dans notre observation la courbe de température était très irrégulière, en général peu élevée, et n'avait d'intérêt particulier qu'une légère ascension le matin et une défervescence le soir, il est des cas où le tracé thermique prend un type spécial.

FIEVRE. — Il existe une forme de gonococcémie avec accès fébriles répétés qui donnent au tracé une ressemblance avec celui du paludisme .Chaque accès comprend les trois stades typiques de frisson, de chaleur, et de sueur. Cette analogie n'est cependant que superficielle. Faure-Beaulieu fait remarquer en effet que les accès sont bien irréguliers dans leur date d'apparition, et que leur intervalle n'est pas toujours régulièrement apyrétique. Toutes les transitions peuvent se voir entre ce type intermittent et la forme suivante ou rémittente,

Beaucoup moins commune que la forme pseudo-paludéenne, la *forme rémittente* présente des caractères également moins tranchés. La fièvre procède par poussées d'un ou de quelques jours, marquées par des frissons et des transpirations abondantes, avec une recrudescence de tous les malaises, et un faciès infecté de plus en plus alarmant. L'anémie peut atteindre une telle intensité qu'elle revêt le type d'une anémie pernicieuse comme dans l'observation de Goy où le nombre des hématies ne dépassait pas 450.000.

D'autres fois la septicémie prend une allure plus grave encore avec *fièvre continue* en plateau et un ensemble de symptômes qui font penser à la typhoïde. On compte peu d'observations de ce type. Dieulafoy a rapporté deux cas de gonococcémie dont l'analogie avec la fièvre typhoïde est troublante : prostration, tuméfaction de la rate, exanthème vaguement purpurique simulant les taches rosées. Toutefois il est rare que la température se maintienne rigoureusement en plateau, il y a des chutes suivies d'ascensions brusques avec frissons et sueurs qui modifient l'allure de la courbe thermique.

Par opposition aux formes précédentes, on a décrit (Faure-Beaulieu) des formes de septicémie à gonocoque d'un *caractère bénin*.

Dans l'une, les accidents généraux : frissons suivis de sueurs, pouls accéléré, température à 39° ou 40°, ont une durée transitoire et éphémère de quelques jours ; puis les localisations apparues dès le début continuent à évoluer sans fièvre ni atteinte de l'état général.

Dans la *forme latente*, l'existence de la septicémie ne

serait démontrée que par des localisations métastatiques, telles que l'arthrite survenue chez un malade atteint de blennoragie et chez qui on ne trouve trace d'infection générale.

Il semble bien que dans ces cas la notion de gonococcémie puisse être discutée. Si le gonocoque a passé dans le sang, il l'a vite quitté sans annoncer son passage. Avec Gatinel mieux vaudrait parler de bactériémie que de septicémie dans le sens qu'on donne aujourd'hui à ce mot.

CHAPITRE V

Localisations Secondaires

Malgré ces différents aspects la septicémie gonococcique conserve chaque fois le même caractère : l'aptitude à déterminer des complications locales, des métastases.

Les septicémies gonococciques *pures*, sans détermination, sont exceptionnelles. Faure-Beaulieu en cite 4 exemples dans sa thèse. Lamy a vu une gonococcémie évoluer avec splénomégalie, accès fébriles, sensation de chaleur, sans frissons ni sueurs, sans éruption, ni arthralgie, ni détermination d'aucune sorte. Weil et Colaneri ont rapporté l'histoire d'une gonococcémie pure ; mais la tendance aux métastases y était marquée par des myalgies, sensations douloureuses au tiers moyen du tibia gauche et face dorsale du pied, exagérées par pression et mouvements. De plus, il y avait un souffle systolique à la pointe du cœur ; mais à l'autopsie, on vit bien qu'il n'y avait pas d'endocardite.

Dans l'immense majorité des cas la septicémie gonococcique n'est pas une septicémie pure, mais une *septicémie à métastases*, le sang déversant le microbe dans certains

tissus ou organes où il va provoquer des désordres secondaires ; comme ces lésions métastatiques sont susceptibles de suppurer, elles peuvent donner lieu à une septico-pyohémie.

ARTHRITE. — De toutes les complications de la septicémie à gonocoque, la plus fréquente est l'arthrite. C'est la localisation par excellence de la gonococcémie. Dans des cas très nombreux elle constitue la première et la seule manifestation de la maladie. Les localisations articulaires et juxta-articulaires que l'on englobe sous le nom de rhumatisme blennoragique, ont fait l'objet d'une étude spéciale dans la première partie de ce travail. On sait, en effet, qu'elles peuvent se rencontrer en dehors de la septicémie. Ici nous insistons sur leur fréquence parce qu'elles ont permis de dire qu'au cours de tout état septicémique elles devaient inciter à soupçonner la nature gonococcique, et à faire la preuve de cette nature.

Dans notre observation, nous devons reconnaître que les arthrites ont fait défaut ; tout au plus pourrait-on parler des myalgies de la face de début comme d'une manifestation très atténuée de rhumatisme .

COMPLICATIONS CARDIAQUES.

Par ordre de fréquence viennent ensuite les localisations cardiaques, en particulier *l'endocardite*. Dans les statistiques de Faure-Beaulieu, cette complication s'observe douze fois sur trente-quatre cas. Cette proportion, en tenant compte des observations ultérieures, paraît un peu faible : le pourcentage atteindrait 40 pour cent. L'orifice aortique est le plus souvent touché (17 fois sur 24 d'après

Lucas) ; parfois la mitrale l'est en même temps que l'aortique. Cette prédilection du gonocoque pour la valvule aortique ne s'observe pas avec la constance que certains auteurs semblent lui attribuer d'ordinaire. Dans les douze observations d'endocardite de Faure-Beaulieu : quatre fois la valvule aortique est prise, cinq fois la valvule mitrale, deux fois la tricuspide, et une fois seulement la valvule de l'orifice pulmonaire. Chez notre malade nous avons eu des lésions au niveau de la valvule mitrale et de la tricuspide. Le point le plus intéressant à mettre en relief est le suivant : à côté de l'endocardite blennorragique maligne, ulcéreuse et végétante, il y a une endocardite bénigne, plastique. Les observations de Silvestrini, Withington, Prochaska, Dieulafoy, Marfan et Debré, Schiele et Dorleck et récemment Aubertin et Gambillard, apportent des preuves d'endocardite bénigne suivie de guérison. Il s'agit cependant de cas exceptionnels et les remarques que Faure-Beaulieu et A. Lemière ont pu écrire en 1908 sur la gravité extrême mais non absolument fatale de l'endocardite gonococcique, restent toujours applicables.

La *péricardite* se rencontre beaucoup plus rarement. D'après Thayer dans 30 pour cent des cas d'endocardite il y aurait péricardite concomittante. La péricardite a été rapportée par Rendu et Halle, Weichselbaum et d'autres auteurs. Tantôt il s'agit d'une péricardite sèche, se traduisant par des douleurs précordiales et des frottements, tantôt une péricardite avec épanchement séro-fibrineux et même purulent.

La *myocardite* n'est pas une localisation exception-

nelle ; mais elle n'est souvent reconnue qu'à l'examen anatomique. Un certain nombre d'auteurs . Tayer et Blumer, Harris et Johston, Krause ont signalé des lésions du myocarde à l'autopsie d'un grand nombre de septicémies gonococciques. Nous les trouvons aussi dans notre observation.

Quant aux autres métastases gonococciques, elles prennent un intérêt de deuxième plan. Les recherches bactériologiques de A. Lemière et Faure-Beaulieu ont permis d'en dresser une liste que nous abordons rapidement.

APPAREIL RESPIRATOIRE.

On a signalé des faits rares de congestion pulmonaire (Joudanet), de pneumonie. Goy, dans sa thèse, a rapporté des cas de pneumonie typique avec crachats rouillés renfermant des gonocoques alors que l'hémoculture était positive pour le même germe. Thayer et Lezeard, Ribière et Leobardy ont publié des faits de broncho-pneumonie au cours de septicémie à gonocoque. Enfin, il faut ajouter les pleurésies à liquide séro-purulent (Prochaska, Tayer et Lézear, Lemière et Faure-Beaulieu, M^lle^ Richard).

FOIE

L'ictère s'observe d'une façon assez exceptionnelle ; il évolue à côté d'autres déterminations gonococciques : arthrite, endocardite. Babes et Sion, Ulmann, Silvestrini, Mousset, Chalier, Weitz, Widal et May, Raynaud et Montpellier en ont apporté des observations. Tantôt il s'agit d'un ictère qui se fonce progressivement, avec décoloration des matières, rétention des pigments et des selles;

puis après un petit syndrome hémorragique tout rentre dans l'ordre. Tantôt c'est un ictère grave qui se manifeste avec une évolution foudroyante vers la mort : à l'autopsie on trouve une atrophie aiguë du foie.

L'atteinte du foie se manifeste d'ordinaire sous une forme plus légère par une augmentation de volume et une sensibilité à la pression. Tel était le cas de notre malade où l'examen histologique a montré une congestion généralisée, un œdème de la capsule de Glisson et une infiltration leucocytaire au niveau des espaces Porte.

REIN

L'albuminurie est presque constante, très souvent associée aux autres manifestations de la néphrite aiguë (Thayer, OEttinger, P.-L. Marie, Morange).

PEAU, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE ORGANES DES SENS

Les manifestations cutanées se voient dans une proportion assez remarquable: dans les 34 observations de Faure-Beaulieu, 8 fois elles ont été notées. Les observations récentes les signalent plus souvent encore. On remarque en outre la tendance des éruptions cutanées gonococcémiques à prendre l'aspect de purpura même sans lésion flagrante du foie comme dans les ictères. C'est ce qui a fait décrire une forme purpurique de la septicémie à gonocoques.

Citons les érythèmes variés, l'érythème polymorphe, l'érythème noueux.

La fréquence relative de ces éruptions, en particulier du

purpura donne aux gonococcémies un caractère de ressemblance avec les méningococcémies. L'herpès même, dont on a fait un signe capital dans la méningococcémie, peut se voir. L'observation de Thayer et Blumer en cite un cas ; la nôtre rapporte qu'une éruption d'herpès est apparue sur l'aile gauche du nez et à la commissure labiale du même côté, 9 jours après l'entrée de la malade à Bretonneau. D'autres déterminations sont encore possibles, mentionnons : les collections sous-cutanées rapportées par Klippel et Rachet, Dufour, Léri et Huton, Busquet et Bichelonne, Achard et Mouzon.

Citons les complications oculaires, moins fréquentes cependant que Faure-Beaulieu l'a écrit.

MENINGITE GONOCOCCIQUE.

Une particularité différencie d'une façon plus constante les septicémies à gonocoque et à méningocoque : c'est la rareté des localisations méningées dans la gonococcémie. La méningite gonococcique est si exceptionnelle qu'on a douté de son existence. Les quelques observations connues jusqu'à ce jour n'ont pas mis en œuvre tous les procédés capables d'identifier le gonocoque. Il ne faut cependant rien négliger des méthodes d'examen dont on dispose, car les caractères du méningocoque et du gonocoque sont très voisins et par là difficiles à différencier.

Dans le cas de Prochaska, une septicémie gonococcique vérifiée par hémoculture s'est compliquée de méningite. L'autopsie a montré un exsudat purulent sur la pie-mère cérébrale et le long de la mœlle, avec gonocoques dans le pus.

On ne donne pas les détails sur les examens bactériologiques pratiqués .

Le cas de Blind et Ricard n'apporte pas davantage de précisions : une méningite serait apparue quatre jours avant l'urétrite blennorragique ; mais le liquide céphalo-lymphoci-rachidien limpide et lymphocytique ne contenait pas de gonocoques.

L'observation de Schaeffer et P. Baron, rapportant un cas de gonococcémie à localisations multiples, articulaires, cardiaques, méningées et cutanées, ressemble assez à celle de Blind et Ricard. Là aussi il y a eu guérison. Cependant un syndrôme méningé d'une extrême gravité a persisté pendant 8 à 10 jours avec une température dépassant le soir 40°, dépression profonde, presque tuphos pouvant faire craindre une évolution fatale. L'hémoculture à deux reprises a donné un résultat positif. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré l'absence de réaction albumino-cytologique.

Schaeffer et P. Baron disent avoir « crû déceler à l'examen direct deux gonocoques » mais la rareté des éléments microbiens et l'absence d'ensemencement du liquide laissent le résultat de leur examen douteux.

Dans le cas de Grimbert, les recherches ont été dirigées avec plus de rigueur : « Il s'agit d'un blennorragique atteint depuis trois ans, qui a fait une endocardite mitrale. Une méningite cérébro-spinale l'a emporté en vingt-quatre heures. Dans le liquide de ponction lombaire il y a des polynucléaires très altérés, et dans leur protoplasma et dans leur intervalle, des diplocoques peut-être un peu plus volumineux que des méningocoques ; ce mi-

crobe a poussé sur gélose-ascite, il se décolorait par le Gram, le sérum anti-méningococcique n'agglutinait pas sa culture. Nous n'avons pu malheureusement ni inoculer ni rechercher les microbes dans le sang, ni étudier leur action fermentative ».

Ces examens qui manquent à l'observation de Grimbert et qui lui enlèvent une valeur absolue, nous les trouvons réalisés dans le cas de notre malade. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Nous répétons que la légère fermentation du maltose ne plaide pas contre la nature gonococcique du germe isolé. Suivant Debré et Paraf le gonocoque ne se comporte pas de la même manière vis-à-vis des sucres. Certaines races ne font fermenter que le glucose, d'autres font fermenter glucose et maltose comme le méningocoque, d'autres enfin le maltose. Dans notre cas, il faut retenir que s'il y a eu fermentation du maltose, elle a été moins intense que celle provoquée sur les mêmes milieux par différentes souches de méningocoques.

Enfin, et c'est là un point capital, il n'y a eu aucune agglutination à aucun taux, avec les sérums expérimentaux anti-méningococciques.

Nous ferons encore, à propos de notre cas, une remarque d'ordre clinique : si la méningite n'est apparue avec netteté qu'à une phase assez avancée, il est à noter que le médecin qui avait adressé la malade la considérait comme suspecte de méningite tuberculeuse (céphalée, somnolence, tristesse, vomissements). Nous n'avons pas retrouvé ces symptômes mais nous devons pourtant tenir compte des renseignements donnés. Il semble que, de bonne

heure, il s'était peut-être produit une légère irritation méningée, premier stade des accidents ultérieurs ; ne peut-on la rapprocher de cette méningite lymphocytique, amicrobienne et curable, signalée dans l'observation de Blind et Ricard ?

Nous estimons donc que l'on peut affirmer l'existence de la méningite gonococcique et qu'à titre tout-à-fait exceptionnel elle rentre dans le cadre des localisations de la gonococcémie.

CONCLUSIONS

1° — Le plus souvent bénigne la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles guérit d'une façon définitive par un traitement approprié ; toutefois elle peut devenir grave par sa tendance à la chronicité et par ses complications.

2° — Ces complications sont de deux ordres :

Complications locales, en général peu sérieuses. Ce sont l'urétrite, la bartholinite, l'ophtalmie purulente, la cystite, la péritonite.

Complications générales et à distance, avant tout le rhumatisme et la septicémie à gonocoque.

3° — La septicémie gonococcique est une éventualité rare à la suite d'une vulvo-vaginite, mais elle comporte un pronostic très sombre malgré les quelques cas de guérison.

Il est important de signaler la localisation du gonocoque sur l'endocarde à la fois pour le diagnostic et l'évolution de la maladie.

La méningite gonococcique, malgré sa grande rareté, n'en existe pas moins comme notre observation en apporte la preuve.

4° — En présence d'un état septicémique chez une petite fille, on doit toujours penser à la possibilité d'une origine blennorragique et rechercher la vulvité.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER

Vu : *Le Président de la Thèse,*
LEMIERRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — *Précis des maladies des enfants.* Collection Gilbert et Fournier, 4e éd. 1926.

ACHARD ET MOUZON. — « *Septicémie à gonocoque chez une jeune fille* ». Société médicale des Hôpitaux, 9 mai 1924.

COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1920.

DEBRÉ ET PARAF. — *Nouveau traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, 1922.

EPSTEIN. — *Vulvo-vaginites.* Article du traité de médecine de Grancher, Comby, Marfan, t. 3.

FAURE-BEAULIEU MARCEL. — « *La septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant* », thèse, Paris 1906.

— « *La septicémie gonococcique au point de vue clinique et thérapeutique* ». *Journal médical français*, 1926.

GASTINEL ET J. REILLY. — *Semiologie de l'état septicémique* (Rapport du Congrès français de médecine), XIXe session, Paris, 1927).

Goy Marcel, Auguste. — *Contribution à l'étude de l'infection générale par le gonocoque.* Thèse, Paris 1917.

Grenet H. — Rhumatisme infectieux. Article de *Traité de Pathologie médicale* de Sergent.

Hudelo. — Gonococcie. Article du *Nouveau traité de médecine.* G. H. Roger, F. Widal et P. J. Teissier.

Hutinel V. — *Cystites colibacillaires chez les enfants,* 1896.

Lavergne. — (M. de Vezeaux de) *Semiologie des septicémies médicales* (Rapport du Congrès français de médecine, XIX^e^ sess., Paris 1927).

Lemierre et Faure-Beaulieu. — *Septicémie et pyothémie gonococciques. Gazette des Hôpitaux.* Paris 1906.

Lucas Gaston. — *L'endocardite blennorragique.* Thèse, Paris, 1908.

Marfan. — *Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance.* mars 1897.

Marfan et Debré. — *Un cas de gonohémie à manifestations viscérales multiples chez une fillette de* 10 *ans et demi.* Société médicale des Hôpitaux, 1910.

Marx. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 15 mai 1895. *Salpingo-ovarite à la suite de la vulvo-vaginite chez les enfants.*

Rousseau Paul Maurice. — *Péritonite blennorragique chez la petite fille.* Thèse de Bordeaux, 1898.

Schæffer et H. Baron. — *Gonococcémie à localisations multiples, articulaires, cardiaques, méningées et cutanées, suivie de guérison.* Paris médical, 1927.

Smoll-Isansky. — *Complications de la vulvo-vaginite des petites filles.* Thèse, Paris, 1909.

Vaucher et E. Woringer. — *Septicémie, septico-pyohémies, bactérémies,* 1924.

IMPRIMERIE
A. OLIVIER
- FALAISE -